

ACTITUDS SANITÀRIES DAVANT DEL FENOMEN DE L'ENVELLIMENT

Àngels Treserra

Presentació de la Dra. Àngels Treserra pel Dr. Josep M. Massons

La Dra. Àngels Treserra té una trajectòria científica aclaparadora. Renuncio a llegir el seu currículum perquè després no quedaria temps per estudiar el tema d'avui. Esquemàticament us diré que la seva vida acadèmica es pot dividir en dos períodes ben diferenciats.

Nascuda l'any 1948, va acabar els estudis de medicina l'any 1976 amb la qualificació d'excel·lent. En acabar la carrera va compaginar la seva tasca de metge resident en l'especialitat de neurologia amb els estudis d'embriologia, en el doble vessant de la investigació —tesi doctoral l'any 1978— i de la docència, a la càtedra d'anatomia de la Universitat Autònoma de Barcelona, sota la direcció del Dr. Josep M. Domènech Mateu.

El segon període culmina l'any 1990 quan assoleix el càrrec de directora general de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, després d'un llarg i fructífer pelegrinatge per un seguit d'ensenyaments i treballs, submergida de ple en la problemàtica de la medicina social, amb assistència i comunicacions a congressos nacionals i internacionals, publicacions i intervencions a la ràdio i a la televisió. Assenyalem amb satisfacció i orgull que aquesta casa li va atorgar el premi Salvà i Campi-

llo l'any 1989 per la seva memòria "Anys a la vida i vida als anys".

D'aquest tema tan ambiciós com generós i de la manera de fer-ne una realitat, ens en parlarà avui la Dra. Treserra.

La Dra. Treserra va iniciar la seva conferència "Actituds sanitàries davant del fenomen de l'envelliment" expressant el seu agraïment per poder parlar des de la tribuna de la Reial Acadèmia d'un tema que havia estat l'objecte del seu estudi i de la seva dedicació durant més de deu anys, gràcies a l'acció tan encertada com positiva duta a terme pel conseller Dr. Laporte.

ACTITUDS SANITÀRIES DAVANT DEL FENOMEN DE L'ENVELLIMENT

El treball portat a cap per nosaltres ha contribuït a pal·liar i disminuir el sofriment humà. Aquesta tasca ens dignifica i ens empresona amb noves responsabilitats individuals i col·lectives, en el vessant científic i en el vessant humanístic, dels quals hem escollit la medicina, tant com un compromís personal professional com un acte continuat de servei als altres, tot emfasitzant els continguts ètics compaginats amb les noves situacions socials que ens toca viure.

Voldria afegir que, sense el substrat

de l'amistat profundament arrelada des de fa més de quinze anys amb Altarriba i els fonaments posats fa més de quaranta anys per Duocastella, quant a la temàtica de l'envel·liment, els dos projectes capdavanters realitzats a Catalunya, convertits en models d'atenció, possiblement no s'haguessin portat a terme, almenys en la forma i manera com s'han fet.

Abans d'entrar en la temàtica concreta que em pertoca exposar, voldria fer un seguit de reflexions i consideracions.

Entendre el conflicte de la vida, en el sentit d'adonar-se d'un mateix, de l'entorn i de les circumstàncies que li han tocat viure, juntament amb l'aprenentatge honest de no canviar el nom de les coses, s'aconsegueix al llarg del temps i és patrimoni valuós de l'experiència.

Amb altes dosis d'ètica, hom pot fer avinent les paraules de Kant: no tractis mai l'altre com un mitjà o un instrument, sinó com un fi per si mateix... així no serà un servidor, sinó un home lliure...! En el cas de les persones grans hi afegirem: són subjectes, no solament objectes d'una determinada atenció.

En l'essència de determinades professions el que en el fons volem és ajudar les persones a sentir-se i a ser homes i dones lliures, en plenitud de les seves decisions. I si la pedagogia hi té alguna cosa a dir, què no hauriem de fer els metges que tenim cura de l'exquisida del substrat?

Com a ciutadans, lluitem pels drets. Com a professionals, lluitem pel dret a viure i per ajudar els altres a viure en plenitud, amb un desenvolupament mi-

llor de nosaltres i de l'entorn que ens envolta. El tòpic que diu que hem de ser considerats perquè ells han viscut més anys es fa difícil de veure si no hem aconseguit millorar el cost existencial de la vida per a tothom. I s'inicia un joc profundament dur, de les desconfiances, amb un sistema que no encara de manera adient la realitat. Tampoc no es vol aprofundir en els mitjans ni en els canvis que hi caldria introduir per donar-hi un tractament adequat com a conseqüència d'un diagnòstic global, meticolós i rigorós.

Per enfrontar-nos a determinades situacions i fenòmens socials, hem de traslladar la medicina dins de quelcom més ampli, que és la sanitat. En aquest context apareixen canvis substancials, per exemple en la relació metge-pacient, que és complementada o modificada per l'aparició del treball en equip multidisciplinari, realitzat interdisciplinàriament, cosa que implica un canvi d'actituds.

A més, davant de l'evolució científica i tècnica que comporta diagnòstics més exactes, amb procediments no invasius i recursos tècnics més complexos, es configura una nova sistemàtica en la tasca professional que requerirà un desenvolupament harmònic de tots els components, amb unes actituds noves i responsables. Les possibilitats actuals d'aprendre la realitat fan molt difícil ignorar-la, encara que sigui una ignorància pretesa o tendencial, i crec que seria pervers fer-ho dependre tot de l'aportació financera.

Per a l'exposició que faré, cal tenir present la conveniència d'harmonitzar les singularitats i així evitar la segmen-

tació de la societat. Una de les conseqüències de l'envelliment és l'augment de les necessitats sanitàries que, a la vegada, són novament incrementades en les èpoques com l'actual, en què existeix una recessió econòmica (caiguda dels ingressos i reducció de la despesa). Es fa absolutament necessari trobar fórmules creatives en les quals la integració dels recursos públics amb els privats, a més de la seva adequada coordinació, permeti oferir determinats serveis, sense minvar-ne la qualitat.

La utilització integral i integrada dels recursos disponibles és la base del nou sistema d'atenció, on els aspectes interpersonals, els científic-tècnics (òptima rendibilització dels coneixements per part dels diferents professionals, amb el desenvolupament progressiu de noves aptituds) i els organitzatius, tant des del punt de vista social (racionalitat del sistema) com econòmic i gerencial (relació cost-efectivitat), han d'avançar simultàniament vers els objectius, amb una alta dosi de convicció, de coherència i de fermesa. Ens caldria, a més, considerar els factors següents.

Factors que cal tenir en compte

L'equitat, com a mecanisme que garanteix a tots els ciutadans la participació en les millores conquerides per la mateixa societat (cal eficàcia per a l'equitat).

La universalització, com una oferta a tots els ciutadans d'allò conquerit en termes de serveis pels drets reconeguts com a persones.

L'apropament dels serveis a la població, com a factor qualitatiu.

La complexificació i la simplificació,

com a elements extrems en un procés de racionalització.

La idoneïtat, pel fet de crear figures assistencials noves que reconguin situacions noves creades en la nostra societat actual, que són una conseqüència lògica d'un procés d'atenció global, per mitjà de l'adaptació dels serveis a les persones i no a l'inrevés, com a producte normal en una societat de benestar.

La gestió dinàmica, entesa com un repte permanent que permet la interacció de més variables, algunes sota la nomenclatura de socials.

Cal esmentar com a referent el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana a Perpinyà el setembre del 1976 —els antecedents del qual es troben en un congrés d'AMIEV que va tenir lloc a Bolonya la primavera del 1975—, on es va concretar la definició del concepte de salut de Gol. Al Xè Congrés van participar persones alienes al cercle mèdic tancat.

El fet que la psicologia s'ha d'incloure dins del concepte de salut de l'OMS, que considera la salut com una situació de benestar, i no tan sols com l'absència de malaltia, n'és un exemple. Gol ho completa amb uns conceptes encara molt psicològics: "salut és aquella manera de viure autònoma, solidària i joiosa". Aquesta manera de veure i d'entendre la persona com una globalitat bio-psico-social és la consideració prèvia, absolutament necessària, per poder dissenyar i conceptualitzar un nou model d'atenció integral i integrador, que proposi el tractament idoni, en el lloc i en el moment idonis.

Aquesta actitud diferent de la mane-

ra clàssica de fer de metge era una actitud inclosa, en determinats aspectes moltes vegades ja existents, encara que no objectivats, en el concepte de metge de capçalera —art + tècnica + humanística—, perquè, existint la problemàtica que obligava a un diagnòstic, a un pronòstic i a un tractament, no descurava les diferents maneres de viure les malalties ni els impactes socials o les conseqüències socials que aquestes malalties tenien segons l'entorn i les circumstàncies.

El raonament exposat, el fenomen de la longevitat i les tendències demogràfiques existents van ser els tres pilars que suporten el nou model, amb totes les variables afegides de tipus legal, financer i de gestió. El plantejament era agosarat, perquè s'introduïen modificacions substancials afavorides des de l'Administració i es donava per fet que la societat "era conscient de l'abast del problema que s'anava produint, al mateix temps que les respostes que s'hi donaven eren insuficients".

Voldria remarcar encara un altre factor: l'envelliment, malgrat els estudis fets a casa nostra per Duocastella, Aragó i altres, era considerat un tema menor i allunyat de l'atenció sanitària en general i de la mèdica en particular. Per això, conjuntar el fet sociològic quantitatiu i col·lectiu amb el fet que la nova definició de salut permetria guanys qualitatius i personalitzats era un repte a la creativitat, que no podia ser eludit per un plantejament metodològic i rigorós.

Altrament, per aconseguir la idoneïtat de l'atenció es requeria la diversificació de recursos, tant físics com hu-

mans, amb nous perfils professionals o bé els mateixos amb unes altres actituds, amb una convicció social suficient per dignificar el sector i resituar-lo en l'àmbit científic que calgués, sense deixar de banda el llenguatge diari de la subjectivitat decadent en què moltes de les actuacions sanitàries executades en les persones d'edat es trobaven.

Érem conscients que les consideracions que calia fer eren múltiples, perquè, si bé l'envelliment no és una malaltia, sabíem la pèrdua progressiva de capacitats que representava o bé la lentitud en les recuperacions dels esforços, alhora que ens apareixia la pluripatologia com a fet constant que requeria una terapèutica múltiple interactiva. Sortosament, l'increment de les noves tecnologies, del creixement i de la universalització sanitària possibilitaven una incidència sanitària més gran en aquest àmbit i durant més anys, és a dir, no calia donar respostes temporals i precàries, sinó que es demanaven respostes més resolutives, perquè es creia que era probable viure més anys i viure'ls millor, encara que en el moment d'aparèixer la notícia hom fos ja gran.

Una altra consideració era la importància que les persones grans anaven adquirint com a grup social de pressió, d'unes determinades característiques, encara que cada cop més lluny de l'homogeneïtat que el caracteritzava temps enrere. Aquesta complexitat afegida en persones portadores de drets, independentment de la cronologia, demanava respostes eficients i adequades, que incloguessin l'actuació de l'ètica per tal d'establir prioritats davant de necessitats

múltiples i de recursos escassos.

Encara podríem afegir-hi un dels fets sociològics de més transcendència i envergadura: la desintegració de la família funció, no tant de la família estructura, i les conseqüències que això tenia en el canvi del tractament de les persones que en formaven part i la constituïen; és ben diferent la malaltia i la pèrdua de capacitats en la persona gran estimada i *arraulida* en un entorn familiar amorós i comprensiu, que no pas en la persona allunyada i deixada a les seves pròpies possibilitats, fet que també comporta l'inici d'un procés d'irresponsabilitat vers la resta de la societat.

Si bé no preconitzàvem el desplaçament de responsabilitats família-societat com un fet positiu en si mateix, tampoc no volíem negar els drets que tota persona té a rebre l'ajut tècnic i social que la mateixa societat li ofereix. No més calia crear nous tipus d'ajuts adients i compartits amb la intenció de promoure la corresponsabilitat.

És per aquest seguit de raons que, els anys 1985-1986, sorgeix el programa socio-sanitari Vida als Anys, que es fa ressò de la 34a sessió del Comitè Regional de la Regió Europea de l'OMS i que proposa els objectius següents: equitat i igualtat en matèria de salut, afegir vida als anys, afegir salut a la vida i afegir anys a la vida; després, els anys 1990-1991, sorgeix el Pla integral de la gent gran.

El primer projecte anava dirigit a les persones grans portadores de malalties cronològicament llargues que requereixen una atenció continuada i d'una intensitat determinada. No es tenia en compte la seva especificitat dins del sis-

tema de cobertura, cosa que abocava a una distorsió del mateix sistema sense cap garantia d'eficàcia vers la persona objecte de l'atenció. Això comportava una readequació d'objectius i de recursos per part de les administracions públiques. Alhora, es feia necessari recuperar una consciència de solidaritat i d'unitat intergeneracional. El lema era "per un futur digne i segur" i el concepte socio-sanitari era la superposició d'atencions sanitàries i socials que atendien la globalitat de la persona i no la consideraven de forma dividida i seqüenciada.

Aquest plantejament implicava la creació d'un tercer sector, situat entre l'estrictament sanitari i l'estrictament social, amb la intervenció directa de tots dos, absolutament coordinats entre ells, on els recursos físics i els recursos humans tinguessin una determinada especificitat, tant en termes d'internament com en termes ambulatoris. Pel que fa als recursos físics, podien aprofitar-se els ja existents, procedents de la transformació de la reconversió hospitalària total o parcial i d'algunes reconversions de centres socials. Per això es conceptualitzen les noves atencions, prestacions i serveis, es normalitzen i es regulen les funcions dels centres, s'ordena i s'amplia el sector socio-sanitari i s'arbitren crèdits i pressupostos específics per a aquest nou sector. En l'aspecte dels recursos humans, es creen equips interdisciplinaris en els quals metges, infermers, fisioterapeutes, psicòlegs i assistents socials adquireixen nous continguts temàtics dins dels seus perfils professionals, per tal de realitzar aquestes atencions de forma integrada. La culminació explicitada de

l'equip interdisciplinari ambulatori, coordinat i que dóna suport als equips d'atenció primària, són els anomenats PADES (Programa d'Atenció Domiciliària dels Equips de Suport específics), a les àrees sanitàries del Servei Català de la Salut (n'existeixen 34, distribuïdes per les vuit regions sanitàries).

L'avaluació continuada de les persones objecte de l'atenció, les fórmules de finançament mixt del nou model, la coordinació i la sectorització d'acord amb el Pla de salut són els passos successius que s'han anat fent en el seu desplegament al llarg d'aquests anys en què s'ha anat consolidant i estenent, fins i tot en altres àmbits, tal com estava previst en la definició inicial, com ara les malalties mentals o les persones drogodependents, amb el benentès que el motiu clau del nou plantejament de l'atenció rau en la superposició de problemàtiques socials i sanitàries que, en un tractament parcial i decidit, fa inviable una solució adequada i n'encareix els costos sense cap garantia qualitativa.

L'oportunitat que vam tenir els que hi vam participar ens omple de satisfacció, perquè esdevé quelcom insòlit i encertat: pensar, tenir idees, explicar-les, conceptualitzar-les, normalitzar-les, aplicar-les i desplegar-les i que, en una perspectiva de pocs anys (1986-1993), actualment siguin 4.761 les persones que se'n beneficien —a més de 384 ubicades en hospitals de dia. També és satisfactori haver aconseguit que els professionals que s'hi dediquen trobin un lloc de treball adient, alhora que reconegut i dignificat, en els hospitals d'aguts, per exemple les UFIS (Unitats

Funcionals Interdisciplinàries Sòcio-sanitàries), en nombre de 23, i els ja esmentats PADES, en l'atenció primària.

La utilització de centres pilot, com ara la Residència Albada de Sabadell, la Fundació Cabanelles de Mataró i l'Hospital de Sant Jaume de Manlleu, va contribuir a la incorporació de la idea a la realitat, i va aportar-hi els matisos, els coneixements i l'experiència, amb la sensibilitat i la convicció suficients, per fer-la viable al llarg del temps. Així es va consolidar l'essencial i es va modificar el que impediria avançar en l'eficàcia.

En l'actualitat, l'atenció sòcio-sanitària es considera com a prioritat de la política de serveis, dins del Pla de salut, atesa la tendència existent que preveu que l'any 2000 la proporció de persones més grans de 65 anys serà d'un 17,1 % i atès el fet que la incidència i la prevalença de moltes malalties augmenta en les persones grans i en limita el benestar i l'autonomia.

I citant paràgrafs de l'esmentat Pla de salut, "són diverses les causes, multifactorials i relacionades com a origen d'un important increment de la demanda sanitària i social de la gent gran". En el cas concret de l'atenció sanitària, s'estima que entre el 20 % i el 30 % dels llits hospitalaris de la XHUP està ocupat per persones de més de 65 anys, amb una estada mitjana superior a la dels col·lectius més joves, i que quasi el 18 % dels malalts ingressats en els serveis d'urgències té més de 65 anys. Igualment, una bona part de l'activitat dels professionals de l'atenció primària de la salut està destinada a aquest col·lectiu.

En un altre vessant, els centres geriàtrics socials, concebuts com a substituïdors de la llar, generen una demanda d'atenció sanitària creixent, com a conseqüència d'una pèrdua d'autonomia física i psíquica dels seus residents. La integració en alguns d'aquests centres del suport socio-sanitari bàsic permetrà un desplegament eficaç d'aquest tipus d'atenció amb una gestió millor de fluxos i permeabilitat entre els diferents nivells i recursos assistencials.

El Pla integral de la gent gran és el segon projecte-instrument de què s'ha dotat la Generalitat de Catalunya per aprofundir en el fenomen de la longevitat, fent una anàlisi exhaustiva de la nostra realitat i donant alhora alternatives i propostes d'actuació. El seu abast fa referència a 925.000 persones més grans de 65 anys i a tota la societat. És un document extens i participatiu, del qual no han quedat excloses les mateixes persones grans, que hi han contribuït activament. Plantejat a quatre nivells, en destaquem el que segueix.

El primer nivell, denominat de reptes, n'inclou tres: propulsar el desenvolupament econòmic, social i cultural de les persones grans, en el seu entorn quotidià i habitual, tot respectant-ne les arrels i els estils de vida; potenciar la realització de les persones grans per tal que es projectin a la resta de la societat sense perdre la identitat, i donar-los l'atenció integral necessària, utilitzant els recursos adients.

El segon nivell el situem en els tres objectius següents: justícia social i igualtat per a una qualitat de vida millor; materialització de la solidaritat generacional, mitjançant l'aportació acti-

va de les mateixes persones grans, cosa que esdevé un projecte comú per a tota la societat, i creixement harmonitzat polivalent dels recursos en les comarques d'una manera equilibrada.

El tercer nivell fa referència a les actituds següents: l'actitud de respecte vers la persona gran, l'actitud de suport vers la família i l'actitud de dinamització vers la comunitat.

El quart nivell fa referència a les estratègies d'actuació, que són fonamentalment l'estratègia o dinàmica sectorial o temàtica i l'estratègia o dinàmica territorial, juntament amb la implicació de totes les entitats i institucions nacionals i internacionals que hi estiguin relacionades.

La formulació del Pla és prou interessant, perquè conjuntament l'Administració amb els professionals i amb la població civil, i a banda de ser un instrument útil, garanteix una actuació progressiva en el temps, avaluable amb dades objectives i quantificades. Cinc són els eixos bàsics per a la seva elaboració.

El primer eix va ser comptar amb la col·laboració de vuitanta experts en quinze grups temàtics oberts, coordinats amb professionals de l'Administració, amb l'encàrrec de fer, a més de les aportacions temàtiques, deu recomanacions per grups, que posteriorment serien consensuades per la totalitat. Les temàtiques objecte d'estudi van ser: bioètica i ètica social de la vellesa, demografia econòmico-financera, estudis comparats amb Europa, intervenció social i jurídic-administrativa, organització i gestió, perfils professionals, psicologia, sanitat, sociologia, voluntariat,

minorities ètniques i persones grans i terminalisme. En van resultar un total de 114 recomanacions, després del procés d'aglutinació i de consens.

El segon eix va ser, fonamentalment, la realització d'una àmplia enquesta dirigida a 16.400 persones grans de tot el Principat, amb mostres específiques per comarques, per tal de conèixer-ne els trets característics. L'enquesta, degudament estratificada d'acord amb les variables de sexe, edat i ubicació, i amb una estratificació aleatòria amb un total de 287 punts de sondeig, constava de 23 preguntes, tres d'elles obertes, i tenia com a punts clau els següents: valorar subjectivament l'estat de salut; obtenir l'ordre de prioritats de les preocupacions; valorar la convivència, la soledat i la família; diferenciar el fet de voler treballar del fet de tenir capacitat per realitzar activitats, i obtenir informació sobre la vivència de les mancances.

El tercer eix fonamental va consistir en l'organització del Primer Congrés Nacional de les Persones Grans, amb la voluntat expressa de fer-ne de successius (durant el 1993 n'ha tingut lloc el segon). En aquest Primer Congrés, que va tenir una nombrosa participació de persones grans representatives de les comarques, mitjançant la constitució dels consells comarcals de les persones grans, es van debatre tres ponències sobre la família i la persona gran, l'atenció a domicili i l'aportació d'aquest col·lectiu a la construcció del país.

El quart eix fonamental és la incorporació de documents científics específics, com ara la tesi doctoral de la doctora en dret Nicole Delperée, assessora

del Consell d'Europa, relativa al dret de les persones grans i al dret comparat europeu sobre temàtica social.

El cinquè eix consisteix en l'actualització detallada de tots els recursos existents, a més del càlcul de tots els indicadors de necessitats i de les taxes i els índexs d'envelliment, sobreenvelliment, soledat, analfabetisme, etc.

La compilació de tota la base documental i l'elaboració de les propostes d'actuació configuren una obra de dos volums, amb catorze capítols i nou annexos.

Els capítols s'ordenen de la manera següent:

- I. Introducció històrica, on es recull la nostra tradició mutual i d'estalvi i el paper de l'Església i de la beneficència.
- II. Estudi de les necessitats.
- III. Justificació del Pla.
- IV. Aspectes més rellevants de la persona gran a Catalunya.
- V. Aspectes més rellevants de les famílies a Catalunya.
- VI. Comunitat, entorn natural, barri, municipi i comarca.
- VII. Alternatives a la llar. Equipaments i tipologia. Descripció dels existents per comarques.
- VIII. Model català d'atenció integral a les persones grans.
- IX. Gestió del model.
- X. Cost i finançament del model.
- XI. Marc jurídic del Pla.
- XII. Centres i circuits pilots del Pla.
- XIII. Sistemes d'avaluació del model.
- XIV. Proposta de desplegament i d'aplicació del Pla.

Els annexos comprenen:

1. Les quinze àrees temàtiques.
2. Les recomanacions tècniques.
3. Les enquestes.
4. Els recursos.
5. Les conclusions del Primer Congrés Nacional de les Persones Grans.
6. El marc jurídic.
7. La demografia.
8. Els models d'atenció comparats amb Europa.
9. La bibliografia.

En l'actualitat existeixen 682 centres tipificats com a residències socials, amb un total de 26.933 places entre les de titularitat pública i les de titularitat privada, de les quals cal destacar que el 33 % pertany a l'Església.

Finalment, el document d'acció de govern aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya consta de 64 programes, repartits en sis grups.

El primer grup es refereix als aspectes de protecció i de dinamització de la persona gran. Inclou un total de divuit programes, dels quals tres fan referència a la dona gran, tres a l'habitatge, un a la pre-jubilació, set a l'oci, el turisme, les vacances, les colònies, tres a la seguretat en general, viària, de transports i de comunicació i un a les activitats en general.

El segon grup es refereix a la intervenció social i als aspectes assistencials. Consta de setze programes, dels quals un dóna suport a la relació intergeneracional, un tracta de l'habitatge tutelat, un es refereix específicament a l'àmbit rural, quatre a les famílies, dos als perfils professionals, tres a equips, un a la descentralització i tres són programes de prevenció i atenció

sanitària.

El tercer grup es refereix als aspectes normatius. Consta de vint programes, entre els quals un fa referència al desplegament progressiu del Pla d'actuació social, un a les excedències laborals, dos a impostos, un al consum, dos a la formació, un a la conducció, cinc a la incapacitació, la tutela, l'acolliment familiar, les conductes penals i els drets, i un a la capacitat laboral.

El quart grup es refereix als aspectes de la informació, divulgació, participació i col·laboració. Consta de vuit programes, entre els quals, dos referents a Europa, un als mecanismes d'informació permanent i un pensat especialment per a les escoles.

El cinquè grup és un programa específic per efectuar l'avaluació permanent dels costos derivats de la implantació del Pla i del seu finançament amb el Govern central (Plan gerontológico).

El sisè grup fa referència a un programa específic d'actuacions amb l'Església, regulat mitjançant un conveni marc amb els ordes religiosos.

Totes aquestes actuacions es preveuen en un horitzó de deu anys i és possible introduir-hi les modificacions convenients i la incorporació de nous plantejaments, acords i consideracions.

Cloenda

Esperem haver contribuït a normalitzar la utilització d'un llenguatge tècnic diferent al que s'ha fet servir fins ara referit a la gent gran, que les noves generacions ja tindran com a normal. Així, l'envelliment no serà un fet estrany ni menyspreat, sinó digne de la nostra atenció, estudi i dedicació.